



#### 4. Información de Seguro Médico

A. ¿Tiene usted o su esposo(a) Seguro Médico?  No  Sí Si su respuesta es sí:

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ # del Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de éste

Costo \$ \_\_\_\_\_ Fecha de pago \_\_\_\_\_ ¿Cada cuándo paga su cuota?

Nombres de los individuos incluidos: \_\_\_\_\_

B. ¿Tiene usted o su esposo(a) seguro médico disponible que usted no ha obtenido?  No  Sí

Si su respuesta es sí \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la compañía de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de Empleado \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura \_\_\_\_\_

Costo para el Empleado \_\_\_\_\_ Costo para Esposo \_\_\_\_\_

¿Cada cuándo paga su cuota? \_\_\_\_\_

Semanal  Cada dos semanas  Mensual  Otro, explica por favor \_\_\_\_\_

C. ¿Ha tenido usted o su esposo(a) un seguro médico que haya terminado en los últimos 6 meses?  No  Sí

Si su respuesta es sí,

¿Porqué terminó? \_\_\_\_\_

¿Cuándo terminó? \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

D. ¿Ha sido usted o su esposo(a) herido en un accidente o asalto?  No  Sí

Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

E. ¿Es usted o su esposo(a) estudiante de tiempo completo?  No  Sí

Si su respuesta es sí:

Nombre del estudinate \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

F. ¿Ha participado usted o su esposo(a) en el servicio militar?  No  Sí

Si su respuesta es sí:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de servicio \_\_\_\_\_

Notas:

**Yo entiendo que:**

- Yo testifico que soy ciudadano de los Estadosunidenses o inmigrante legal. También testifico que si solicito beneficios para mi esposo(a), que el/ella también es ciudadano Estadosunidenses o inmigrante legal. El Departamento de Salud de Utah verificará el estado legal con el servicio de naturalización e inmigración (INS). El Departamento de Salud de Utah no reportará los inmigrantes indocumentados al INS.
- Mi esposo(a) (si califica para a Asegurado en el Trabajo) y yo obedeceremos las reglas del programa de ayuda médica. Si yo recibo ayuda médica, a la cual no tengo derecho, yo tengo la responsabilidad de re-embolsar todos los servicios que haya recibido. El servicio médico es sólo para las personas cuyos nombres aparecen en la tarjeta médica.
- Si el Departamento de Salud de Utah paga por mis gastos médicos, yo les doy el derecho de recibir pagos de cualquier tercera parte y beneficios médicos. Yo le daré al Departamento de Salud de Utah cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien obligado de pagarme los servicios médicos. Yo autorizo el pago directo al Departamento de Salud de Utah o a la Oficina de Servicios de Recuperación ORS, y no le hago responsable a ningún otro partido que haga pago a estos departamentos.
- Yo estoy de acuerdo que la ayuda que recibo bajo cualquier programa médico es limitada como se escribe en los manuales de proveedores que ha escrito el Departamento de salud de Utah. Yo entiendo que los beneficios que recibo , pueden cambiarse sin mi conocimiento ni permiso. Yo estoy de acuerdo de ser responsable por cualquier deductivo que yo deba pagar a los proveedores en el tiempo del servicio médico a no ser que soy exempto de estos deductivos.
- Yo autorizo a cualquiera persona u organización de entregar, al Departamento de salud de Utah, División de Financiamiento de Salud o su designado, reportes médicos o información tocante a mi salud o la de mi familia. El departamento de Salud de Utah y la agencia de empleo pueden dar, a los medicos, información tocante a mi solicitud de ayuda médica.
- Si yo soy mayor de 55 años de edad y Medicaid paga mis gastos médicos, el estado de Utah tiene el derecho de cobrarle a mi herencia todo ese dinero gastado.
- Yo autorizo que CUALQUIERA INFORMACIÓN DADA EN ESTA SOLICITUD PUEDA SER VERIFICADA. Mis beneficios médicos pueden ser reducidos, rechazados o terminados por causa de esta información verificada. Yo entiendo que la falta de no reportar cambios o dar información falsa en esta solicitud o en una posteriormente, puede resultar en un procedimiento legal de fraude. Yo entiendo que puedo pedir una audiencia con un juez imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a mi solicitud.

\*\*\*\* Yo (letra de molde) \_\_\_\_\_, leí o me leyeron todas las declaraciones en esta página. Yo comprendo dichas declaraciones. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que he dado en esta solicitud son ciertas y correctas. Yo soy la persona representada (o) con la firma en este documento

\_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante

\_\_\_\_\_  
Firma de Conyuge o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACIÓN ELECTORAL**

**Si usted no está registrado para votar donde vive ahora ¿le gustaría hacerlo hoy mismo en este lugar?**  Si  No

Si no marca uno de los cuadrillos, pensaremos que usted ha decidido no registrarse en este tiempo. Usted puede llenar esta aplicación con privacidad si usted necesita ayuda en completar la aplicación de registración para votar, nosotros podemos ayudarle. La desición de pedir esa ayuda es suya. El hecho de registrarse para votar o no hacerlo, no afectará la cantidad de ayuda que usted pueda recibir de esta agencia. Si usted cree que alguien lo/la ha introyenido con su derecho de registrarse para votar, de no registrarse o de tener privacidad en decidir si va ha registrarse o aplicar para registrarse para votar o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede registrar una queja con Lt. Governor, Gayle McKeachnie, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT 84114.

Action Taken: \_\_\_\_\_

**Esta sección la completa su trabajador (a) Worker Name:**

PCN Info  Rights & Responsibilites / 476  SAVE

Estate Recovery (55+)  Medicaid For Those With Disabilities

**Application Status**  Approved  Denied - Reason \_\_\_\_\_ **Date:**

**Comments:**